45e Année. — N° 29. Vendredi 22 Juillet 1898.

LA FRANCE MÉDICALE

ET

PARIS MÉDICAL

SOMMAIRE

Syphiligraphie : Contribution aux formes frustes de la syphilis héréditaire, par le Dr A. Antonelli, 449. — **Bibliographie** : Guide et formulaire de thérapeutique, par le Dr V. Herzen, 452. — Manuel pratique de l'examen de la vision au point de vue militaire, par le Dr Alain Piton, 452. — **Revue de la presse** : Cas de neurasthénie syphilitique, 452. — **Académie de médecine** : *Séance du 10 juillet* 1898. Présidence de M. Jaccoud. — De la déclaration obligatoire des maladies transmissibles, 453. — Elections, 454. — Sur la régénération des muqueuses, 454. — Enchondrome de la face, 454. — **Société médicale des hôpitaux** : *Séance du 15 juillet* 1898. Présidence de M. Sevestre. — Tuberculose cutanée consécutive à une ostéo-périostite sternale, 454. — Hémi-hypéresthésie névro-musculaire chez un arthro-blennorrhagique, 454. — Hystéro-traumatisme d'origine hépatique, 454. — La radiographie dans les grands épanchements pleuraux, 455. — Ulcérations gastro-intestinales d'origine inconnue, 455. — **Société de médecine et de pharmacie de la Haute-Vienne** : Commentaires sur un cas de tératologie animale, 455. — **Société des sciences médicales de Montpellier** : *Séance du 1er juillet* 1898. — De l'ophtalmie électrique, 457. — **Société de dermatologie et de syphiligraphie** : *Séance du 7 juillet* 1898 (*suite et fin*). — De l'emploi du monochlorophénol dans le lupus et la tondante, 458. — Les caratés, 459. — Syphilides tuberculeuses évoluant sur des cicatrices de vaccin, 459. — **Jurisprudence médicale**, 400. — **Intérêts professionnels** : Un mot à propos du « titre » de « Docteur de l'Université de Lyon » attribuable aux pharmaciens, 400. — **Nouvelles**, 400. — **Bulletin bibliographique**, 464.

SYPHILIGRAPHIE

Contribution aux formes frustes de la syphilis héréditaire (1)

Par le Dr A. Antonelli

Messieurs,

La bienveillance de votre éminent vice-président m'a déjà valu le plaisir de voir paraître, dernièrement, dans le Bulletin de votre Société, la modeste contribution que j'étais heureux d'apporter à une discussion des plus intéressantes (2).

C'est le même argument, sous une de ses multiples faces, qui me fournit aujourd'hui l'occasion de vous soumettre quelques idées au sujet des *formes frustes* de la syphilis héréditaire. Formes frustes, cas douteux, dans lesquels le diagnostic est difficile, à cause surtout de deux ordres de faits : — 1° difficulté d'obtenir (principalement par des *consultants occasionnels*, s'il est permis de nommer ainsi la clientèle flottante des hôpitaux et des cliniques) des données anamnésiques sûres et précises, quant à la syphilis acquise chez les parents ou les grands-parents, quant au sort pathologique des collatéraux, quant au passé pathologique du sujet même pour lequel nous sommes consultés ; — 2° difficulté d'assigner leur juste valeur à des stigmates purement dystrophiques, ou à des manifestations dites parasyphilitiques, surtout quand ces stigmates et ces manifestations se présentent peu nombreux et sous des formes plus ou moins rudimentaires.

Je laisse de côté la difficulté de diagnostic que bien souvent nous offrent même des lésions qu'on a sous les yeux. Ce ne sont plus des formes frustes, à proprement parler, les cas de syphilis héréditaire où nous avons, par exemple, des lésions ulcéreuses de la gorge, des lésions lupiformes de la peau. Néanmoins, les signes objectifs de ces lésions sont trop souvent insuffisants pour en affirmer la valeur spécifique. Encore, en telle occurrence, dit M. Ed. Fournier (1), a-t-on l'objectivité qui fournit quelques signes ; mais vienne à faire défaut cette objectivité, comme dans les cas de lésions viscérales, que restera-t-il pour le diagnostic ?

Pour en revenir aux véritables *formes frustes*, et en premier lieu à la difficulté de l'anamnèse, vous avez dernièrement entendu, dans une très brillante communication de votre distingué secrétaire (2), jusqu'à quel point les affirmations des malades, et leurs réponses à tout le questionnaire vénéréologique, peuvent non seulement nous refuser tout élément de diagnostic, mais nous dérouter de la bonne voie où l'esprit de cliniciens nous aurait engagé.

Pour les cas que je vais avoir l'honneur de vous présenter, j'ai éprouvé les mêmes déboires : rien dans l'anamnèse familiale et personnelle de la mère de nos petits malades, rien non plus dans l'anamnèse familiale du père, qui est un homme superbe, et qui m'a nié avec forces protestations tout antécédent vénérien. C'est seulement ces jours derniers que j'ai appris,

(1) Communication, suivie de présentation de malades, à la Société de Médecine de Paris, séance du 25 juin 1898.

(2) Voir la comm. de M. le Dr Jullien, dans le n° 10 (1898) de la *France Médicale* (*L'hérédité seconde en syphilis*).

(1) Ed Fournier. *Stigmates dystrophiques de l'hérédo-syphilis*. Thèse de Paris, Rueff édit., 1898.

(2) F. Buret. *Contribution au diagnostic de la syphilis* (*La France médicale*, avril 1898, n° 14).

presque par hasard, d'une source indirecte, mais certaine, que cet homme a passé, *un an avant son mariage*, une quinzaine à l'hôpital du Midi, à cause d'une maladie vénérienne qui fut soignée et guérie assez rapidement grâce à de la pommade grise. C'est tout ce que j'ai pu obtenir en fait de renseignements. L'*examen vétérinaire*, suivant la spirituelle expression de M. Buret, risquerait fort de ne pas nous en apprendre davantage aujourd'hui, sur la nature de cette affection vénérienne d'il y a vingt ans. D'ailleurs, toute sorte d'examen nous aurait été refusé, à en juger par l'attitude du père, lors de sa fugace visite à ma clinique.

Mais, permettez-moi de vous présenter ses enfants. Ils sont trois ayant survécu sur dix, et voici l'histoire de la progéniture :

1re Une fillette venue au monde très malade (?), ayant souffert beaucoup des yeux, morte à 7 mois ; 2e un enfant très chétif, mort à 15 mois, du croup (?) ; 3e une fausse-couche, soi-disant spontanée, au troisième mois ; 4e le petit Mathias, âgé aujourd'hui de 11 ans 1/2 ; 5e une fillette, morte à l'âge d'un an, presque subitement, on ne sait pas de quoi ; 6e la petite Delphine, qui compte aujourd'hui 7 ans 1/2; 7e le petit Auguste, 4 ans 1/2 ; 8e et 9e deux fausses-couches à 3 mois ; 10e encore une fausse-couche à 6 semaines.

La petite Delphine m'était adressée par le Dr Millon, à cause d'une kératite phlycténulaire légère, mais opiniâtre. La mère amenait en même temps le petit Mathias. Or, comme l'*habitus* de ce dernier me semblait *suspect*, et comme je procède méthodiquement à l'examen ophtalmoscopique de tels enfants avant même de prévenir mon esprit par tout autre examen ou enquête anamnésique, je pus constater chez les deux enfants des stigmates au fond de l'œil, nullement douteux. C'est alors que j'ai reconstruit l'histoire familiale, que j'ai demandé de voir le dernier enfant et que j'ai pu, ainsi, compléter l'observation.

L'aîné de ces enfants présente aujourd'hui, à part un certain degré d'*infantilisme*, une constitution assez bonne. Il a été, nous dit la mère, très chétif et très souvent malade pendant sa première enfance ; il aurait commencé à marcher à 11 mois, mais aurait parlé très tard. Il est assez intelligent, sachant bien lire et écrire. La forme de son crâne n'a rien d'extraordinaire. Les oreilles sont absolument normales (examen du Dr Hermet), les dents mauvaises, mais sans malformations bien caractérisées. L'adénopathie cervicale est surtout manifeste à gauche, le ganglion épitrochléen bien prononcé, surtout à droite. Pas de déformation des membres, pas de cicatrices nulle part. La peau présente parfois, aux jambes, un aspect marbré, à plaques violacées, qui ferait penser à une acrocyanose rudimentaire des membres inférieurs; mais l'appareil circulatoire paraît normal à l'examen courant. Enfin, vous pourrez constater une cryptorchidie absolue.

La petite Delphine, qui a été très chétive, aussi, pendant sa première enfance, est aujourd'hui une assez belle enfant. A part des bosses frontales assez prononcées, à part l'adénopathie (surtout cervicale gauche) et quelques malformations dentaires, du reste mal définies, je ne saurais pas trouver sur elle d'autres stigmates que ceux, très bien caractérisés, du fond de l'œil.

Le petit Auguste, enfin, est un enfant superbe, vous le voyez, et qui a été, dit la mère, très facile à élever. C'est l'ophtalmoscope seulement qui montre les traces indéniables de lésions spécifiques, et surtout dystrophiques, du fond de l'œil.

Je n'abuserai pas, Messieurs, de votre temps en vous donnant les détails des stigmates oculaires que je consignerai dans une note (1). Permettez-moi seulement de résumer l'observation ainsi : Chez l'aîné de ces trois enfants : chétivité native, infantilisme, dystrophies dentaires, adénopathies, cryptorchidie, lésions oculaires. Chez la deuxième, chétivité native moins marquée, bosses frontales, adénopathie rudimentaire, malformations dentaires douteuses, stigmates du fond de l'œil certains. Chez le troisième, enfin, simplement des stigmates ophtalmoscopiques, mais assez bien caractérisés.

Cette observation, Messieurs, est tout à fait analogue à celle que je viens de publier dans les *Annales de méde-*

(1) *Examen des yeux* :

Mathias M... (11 ans 1/2). O. G. petit leucome tout à fait périphérique, dans le secteur supéro-nasal de la cornée, avec adhérence de la base irienne; pupille réagit bien à la lumière. V = 0,3 environ; à la skiascopie H. légère, presque pas d'As. — *Stigmates ophtalmoscopiques*: papille à teinte blanc-grisâtre, secteurs de cadre pigmentaire péripapillaire, veines presque filiformes, irrégulières, artères capillaires, par ci par là presque invisibles, effacées; dépigmentation diffuse de l'épithélium rétinien, et plaques de pigmentation grenue dans la région centrale comme à la périphérie du fond de l'œil. — O. D. leucome cornéen central, un peu transposé du côté temporal, ayant 2 à 3 mm. de diamètre; encore un petit leucome tout à fait périphérique, avec adhérence de la base irienne, sur le segment supéro-temporal de la cornée. Après atropine, dilatation pupillaire uniforme. V = 0,1, environ, pas d'amélioration par les verres. *Stigmates ophtalmoscopiques* analogues à ceux de l'O. G.

Delphine M... (7 ans 1/2). O. G. *nubecula* cornéenne, paracentrale; V = 0,6 environ, pas d'amélioration par les verres (à la skiascopie H. légère, pas d'As.). *Stigmates ophtalmoscopiques* : papille grisâtre, cadre pigmentaire, veines très larges par rapport au calibre des artères et légèrement tortueuses; pigmentation grenue du fond de l'œil. — O. D. petite phlyctène, avec vascularisation superficielle, dans le secteur cornéen inféro-nasal, zone périphérique; V = 0,6 environ ; à la skiascopie H. légère sans As. *Stigmates ophtalmoscopiques* analogues à ceux de l'O. G., même un peu mieux marqués.

Auguste M... (4 ans 1/2). G. et D. à la skiascopie H. légère sans As. (examen subjectif impossible). G. et D. *Stigmates ophtalmoscopiques* : papilles à teinte grisâtre très manifeste, entourées de cadre pigmentaire complet, bien marqué, montrant des altérations vasculaires, rudimentaires, surtout les veines de la papille droite très larges et un peu tortueuses; plaques de pigmentation grenue typique, dans la région péripapillaire et dans la zone périphérique du fond de l'œil.

cine et de chirurgie infantile (1) et je conclurai de même : Supposons que le troisième enfant eût seul survécu, et qu'on me l'eut amené simplement à cause de strabisme ou de tout autre trouble fonctionnel ; n'aurais-je pas eu raison de le classer parmi les hérédo-spécifiques, malgré l'anammèse obscure, malgré l'absence de tout autre stigmate, à part ceux présentés par le fond de l'œil ?

Voilà, je pense, des *formes frustes* par excellence, de syphilis héréditaire, si vous ne voulez pas considérer comme douteux le cas représenté par l'aîné de ces enfants.

Vous me pardonnerez si, restant fidèle à la spécialité que je cultive, je vais considérer devant vous les formes frustes de la syphilis héréditaire, simplement au point de vue des manifestations oculaires, surtout des stigmates ophtalmoscopiques que j'étudie depuis quelque temps.

Si j'ai mentionné, dans mon premier travail sur ce sujet, les altérations de la papille optique et de ses vaisseaux au même titre que certaines modifications pigmentaires de la chorio-rétine, c'est que ces deux ordres de stigmates ophtalmoscopiques vont très souvent, pour ne pas dire toujours, ensemble. Il serait artificieux de les séparer, de les décrire indépendamment les uns des autres, car cela ne correspondrait pas à ce que le fond de l'œil d'un hérédo-spécifique nous montre. Or, il était de toute importance, en voulant appeler l'attention des ophtalmoscopistes sur les formes rudimentaires de l'hérédo-syphilis, de les signaler, comme je l'ai fait, telles qu'elles se présentent dans la plupart des cas, en réservant l'analyse des dits stigmates et leur interprétation.

Les altérations de la papille et des vaisseaux centraux, dans celle que nous avons appelé *forme centrale* de la syphilis héréditaire du fond de l'œil, sont certainement les stigmates qui, dans nombre de cas, sont le plus franchement caractérisées ; de façon que nous devons les considérer, surtout à cause de la vasculite, comme des reliquats de lésions nettement spécifiques. Il est bien entendu que le terme *rudimentaire* leur est tout dévolu, quand il s'agit de pâleur partielle de la papille, d'altérations vasculaires très délicates ou de tout autre détail ophtalmoscopique qui pourrait facilement échapper à l'observateur non prévenu.

Les altérations pigmentaires de la chorio-rétine appartiennent par contre, il est vrai, plutôt aux stigmates dystrophiques, parasyphilitiques si l'on veut, car il s'en faut que la syphilis soit la seule origine d'une dépigmentation du fond de l'œil ou d'une marbrure chorio-rétinienne. Mais, l'*albinisme du fond de l'œil* chez des hérédos à teint brun et cheveux noirs, la *surpigmentation diffuse ou marbrée* chez d'autres sujets à teint pâle et cheveux blonds, la *teinte ardoisée* particulière de la région péripapillaire, la marbrure de la région périphérique constituant ce que j'ai appelé *sénilisme précoce du fond de l'œil ;* enfin, la *pigmentation grenue* que vous pourriez très bien voir chez les trois enfants que je vous présente, tout cela se trouve constituer des stigmates de syphilis héréditaire, au même titre que d'autres dystrophies, par la simple raison que c'est la syphilis qui leur sert d'origine, intra ou extra-utérine, du moins dans l'immense majorité des cas.

Si les traces de névrite optique et de vasculite centrale représentent un stigmate de lésion *spécifique*, donc un caractère de premier ordre pour le diagnostic de la syphilis héréditaire, les altérations rudimentaires de la chorio-rétine, se manifestant par des modifications pigmentaires, n'en sont pas moins précieuses pour aider au diagnostic des formes frustes. Elles ont la qualité d'être plus constantes, elles ne manquent jamais, à côté des autres signes simplement dystrophiques de la syphilis héréditaire, elles restent parfois les seules, ou presque, comme vous venez de le voir chez les deux plus jeunes enfants que j'ai eu l'honneur de vous présenter.

« L'influence héréditaire de la syphilis pourra se circonscrire et devenir, pour ainsi dire, *parcellaire* en n'affectant dans un système qu'un segment, une fraction de ce système. » Cette affirmation de M. Ed. Fournier, qu'il appuie sur l'exemple des malformations dentaires, se trouve encore mieux consolidée par celui des stigmates du fond de l'œil. En tout cas, parmi les formes frustes de la syphilis héréditaire, se trouve la plus grande partie des cas où les stigmates dystrophiques sont, et resteront pendant toute la vie du sujet, les seules ; ces stigmates sont souvent si rudimentaires, si près des écarts physiologiques inhérents à tout système organique, qu'ils peuvent être facilement méconnus, qu'ils sont même refusés par quelques *réactionnaires*, qu'on me pardonne le mot, dans la question de fréquence de l'hérédo-syphilis.

Mais, j'ai hâte de conclure, et voici comment : — Dans les formes frustres de la syphilis héréditaire, le diagnostic est à instituer uniquement par les *stigmates*. Ces derniers peuvent être *acquis*, c'est-à-dire résultant de lésions syphilitiques antérieures, et *dystrophiques*, qui sont innés ou natifs. Or, comme les stigmates acquis, exception faite de ceux du fond de l'œil, manquent très souvent, nous en serions réduits aux stigmates dystrophiques qui, très souvent aussi, sont peu nombreux ou mal caractérisés. L'examen ophtalmoscopique, complétant l'examen fonctionnel des yeux dans les cas de ce genre, montre presque toujours des *stigmates acquis*, de signification certaine, même lorsqu'ils sont rudimentaires ; ou du moins il montre des *stigmates dystrophiques*, qui s'ajoutent aux autres, pour élucider très heureusement les formes frustes de la syphilis héréditaire.

(1) N° 12, du 15 juin 1898. A. ANTONELLI, *A propos de syphilis infantile.*

BIBLIOGRAPHIE

Guide et formulaire de thérapeutique, par le Dr V. Herzen. Paris, librairie J. B. Baillière et fils, 1898.

Ce nouveau formulaire est conçu dans un esprit très pratique qui le fera bien accueillir par les étudiants et les médecins. Ce formulaire suppose connue la matière médicale, la manière de formuler, la posologie et il a pour but de donner au lecteur un schema des cas particuliers qu'on peut être appelé à soigner. L'auteur a adopté l'ordre alphabétique des maladies, qui permet facilement de s'orienter dans un cas donné sans perdre du temps en recherches. La thérapeutique de chaque maladie embrasse ici les diverses phases qui demandent un traitement spécial, les diverses formes, les complications, les symptômes dominants. Si l'on prend, par exemple, l'appendicite, on trouvera les indications médicales et chirurgicales pour la forme aiguë et pour la forme chronique. Pour la forme aiguë, les indications varieront suivant qu'on se trouve en présence d'une appendicite perforante avec péritonite dite suraiguë, d'une appendicite perforante avec péritonite localisée et suppuration circonscrite, d'une appendicite aiguë simple, sans perforation ou avec perforation, mais sans suppuration; on y trouvera également des indications pour l'appendicite à rechute et pour l'appendicite familiale. Un des graves défauts des formulaires de ce genre était l'absence de toute indication de thérapeutique chirurgicale, c'est là une lacune que comble le formulaire de M. Herzen, autant que peut le faire un ouvrage de cette nature. M. Herzen a donné la préférence aux moyens recommandés par les professeurs de la Faculté et par les médecins des hôpitaux de Paris, tout en faisant une place aux traitements que prescrivent certains cliniciens étrangers. L. J.

Manuel pratique de l'examen de la vision au point de vue militaire, par le Dr Alain Piton, médecin de 1re classe de la marine, 1 vol. in-36 de 170 p. Paris, Société d'éditions scientifiques, 1898.

Le petit livre de M. Piton a uniquement pour but l'examen de l'œil en vue de l'admission dans les services de l'armée et de la marine ou en vue de la réforme. Il cherche donc à être aussi clair et aussi concis que possible. Il décrit cependant d'une manière suffisamment complète les moyens de déterminer l'acuité visuelle et de rechercher les causes qui diminuent cette acuité. L'auteur décrit un campimètre de son invention qui a été rendu réglementaire dans la marine.

La recherche de la simulation fournit à l'auteur des développements plus considérables; il s'étend volontiers sur ce sujet qu'il traite d'une façon très suffisamment complète pour la pratique.

La deuxième partie de cet ouvrage contient le résumé des réglements relatifs à la vision; la troisième, l'application de la technique de l'examen de la vision aux règlements militaires.

Le livre du Dr Piton s'adresse à un public très spécial, mais nos confrères de l'armée et de la marine en tireront grand profit. A. Chevallereau.

REVUE DE LA PRESSE

Cas de neurasthénie syphilitique. — Le Dr Bogdan rapporte, dans le *Bulletin de la Société des médecins et des naturalistes de Jassy*, l'observation d'une neurasthénique syphilitique qui mérite d'être signalée.

A. S..., 20 ans, domestique, s'aperçoit dans le courant du mois de mars 1896 de la présence à la vulve d'une éruption de petits boutons. A l'examen, on lui trouve des plaques muqueuses de la vulve et de la gorge, les ganglions inguinaux tuméfiés, mais il est impossible de découvrir la cicatrice d'un chancre. Le traitement mercuriel est institué, les plaques cautérisées.

Dès son entrée à l'hôpital, la malade se plaint d'une céphalée très intense qui ne lui laissait aucun repos, la rendait triste, l'obligeant tantôt à s'aliter, tantôt à se promener dans la salle. De l'antipyrine, puis de la phénacétine et enfin du sulfate ou du salicylate de quinine furent administrés sans grand résultat. On fut obligé de lui faire des injections de morphine, à la suite desquelles elle se trouva un peu mieux; cependant la douleur recommençait dès qu'on supprimait la morphine. Les pilules mercurielles furent remplacées par les frictions d'onguent mercuriel; après 10 à 12 paquets de 4 grammes chaque, les douleurs s'amoindrirent et après 20 paquets la malade quitta l'hôpital très améliorée.

Cette céphalée paraît bien avoir été d'origine syphilitique; les nouveaux phénomènes que la malade va présenter maintenant montrent que la scène a changé d'aspect. Après avoir été atteinte de plaques muqueuses sur les lèvres et les cordes vocales inférieures, la malade fut de nouveau prise de céphalalgie; mais celle-ci, sans être très intense, avait un autre caractère; elle était devenue gravative. De plus, d'autres symptômes étaient survenus : « la malade était amaigrie, présentait un teint mat et terreux; elle était déprimée et découragée à cause de sa céphalalgie qui était devenue très violente. » Cette céphalalgie tantôt consiste en une douleur pongitive qui se localise au vertex, tantôt elle est remplacée par une sensation de froid, suivie bientôt d'un sentiment de forte chaleur. Le sommeil est troublé et interrompu, autant à cause de la céphalalgie que par suite d'un nervosisme qui donne à la malade l'impulsion de se lever du lit et de quitter l'hôpital. Elle entend divers bruits dans les oreilles, un voile couvre ses yeux, les seins sont douloureux. Elle présente des algidités périphériques, des bouffées de chaleur; elle est continuellement fatiguée, encore plus fatiguée le matin au réveil que le soir; parfois elle reste couchée

dans la journée, mais pas pour longtemps, parce que la douleur devient encore plus intense. Le traitement mixte fut institué, mais sans grand succès du reste, car le nervosisme ne devint que plus accentué ; au matin on trouva la malade dans un autre lit que le sien. Force fut de recourir de nouveau à la morphine, puis on fit à la malade 2 fois par jour des injections sous-cutanées de caféine de 0 gr. 05 pendant dix jours, mais sans grand résultat. On remplaça les injections de caféine par de petites tranfusions de sérum à la dose de 40 cc. Légère amélioration, puis rechute à la suite d'une contrariété. On employa les injections suivant la formule du Dr Mathieu (phosphate de soude, chlorure de sodium, glycérine et eau distillée) additionnée de glycérophosphate de magnésie. Au bout de vingt jours, la malade guérie quitta l'hôpital (*Bulletin de la Société des médecins et des naturalistes de Jassy*). Dr Barbe.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 19 juillet 1898. — *Présidence de* M. Jaccoud.

M. Grancher communique un important travail de MM. Gautier et Larat, sur le traitement des vomissements de la grossesse par l'électricité.

Vingt-quatre observations, contrôlées par les principaux accoucheurs des hôpitaux, sont jointes à cette étude, et démontrent la réelle efficacité de cette thérapeutique.

De la déclaration obligatoire des maladies transmissibles. — M. H. Monod. Dans la séance du 20 mai dernier, M. Ferrand a insisté sur ce fait que le nombre des déclarations des maladies contagieuses était de plus en plus insignifiant et à ce propos il attaque la loi elle-même qu'il trouve très défectueuse. Il est certain que le nombre des déclarations n'est pas ce qu'il devrait être, mais il n'est pas juste de dire que ce nombre est insignifiant, puisqu'il a été de 23.414 en 1896 et que ce chiffre s'est élevé à 26.985 en 1897.

Il n'est donc pas juste de dire que l'Administration elle-même ne tient plus la main à l'application de cette loi. Quant aux objections que M. Ferrand fait à la loi, elles ont déjà été faites pendant la discussion devant le Parlement. M. Ferrand trouve que cette loi est nécessaire, mais il voudrait que la déclaration des maladies contagieuses ne fût obligatoire que pour la famille. La famille en effet est la première intéressée à cette déclaration, mais l'opinion publique n'est pas encore suffisamment éclairée sur ce point. La loi en préparation sur la santé publique étend l'obligation de la déclaration à défaut du médecin à la famille ou même au directeur de l'établissement dans lequel est soigné le malade ; malgré cela il faut toujours avoir recours au médecin pour que la déclaration soit régulièrement faite.

On tient compte autant que possible des desiderats du corps médical ; partout où cela est possible, on organise un service d'inspection de l'hygiène et d'assainissement. Nous ne ferions pas de bonne besogne en poussant les médecins à désobéir à la loi, ou même en cherchant à excuser ceux qui lui désobéissent. Il est préférable d'engager les praticiens à tirer parti des moyens que leur offrent la législation actuelle, si insuffisants qu'ils soient et à unir leurs efforts à ceux de l'administration sanitaire pour assurer, dans la limite du possible, la protection de la santé publique.

M. Ferrand. Je n'ai pas voulu engager des confrères à prendre parti contre la loi, mais j'ai cherché à amender cette loi pour la rendre pratique. Il y a à cette question deux points de vue, comme le dit M. Monod, le point de vue de droit et le point de vue de fait. La déclaration des maladies transmissibles est nécessaire non seulement pour la confection des statistiques, mais pour qu'on puisse prendre des mesures de préservation. Le point de vue de droit n'est donc pas douteux. Cependant, quand il s'agit de la déclaration des naissances, elle doit incomber à la famille et au médecin à défaut de toute autre personne.

Quant à la question de fait, les chiffres apportés par M. Monod sont une consolation, mais une consolation minime, car ces chiffres sont très inférieurs à ce qu'ils devraient être réellement.

Chargé l'an dernier de faire à cette Académie le rapport annuel sur les maladies contagieuses, j'ai trouvé que dans 20 départements les inspecteurs avaient protesté contre cette loi. Dans un de ces départements, sur 21 médecins, il n'y en a que 5 qui font les déclarations. Dans la Haute-Vienne, sur 13 médecins, il n'y en a que 2 qui fassent la déclaration. Il y a des protestations nombreuses et des abstentions plus nombreuses encore. A Paris, la déclaration est lettre morte la plupart du temps.

Cette différence entre les chiffres officiels et les résultats que j'ai pu recueillir tient peut-être à ce que l'on compte au nombre des déclarations les cas dans lesquels la désinfection a été simplement demandée. En effet, la désinfection ne rencontre pas la même objection ; elle est très souvent demandée par les familles elles-mêmes, au moins à Paris ; elle ne rencontre pas la même opposition que la déclaration.

M. H. Monod. Je n'ai donné que le chiffre des déclarations médicales.

M. Ferrand. Il me semble qu'il y a une conclusion à tirer de ces faits. Le concours matériel et moral du médecin est toujours acquis à l'administration, mais il est répugnant de lui demander de se compromettre dans des mesures qui sentent le policier. Si, au lieu de suivre la marche recommandée par la loi, la déclaration était effectuée par la famille, par ceux à qui en incombe la responsabilité, on débarrasserait la profession médicale d'un poids qui pèse lourdement sur ses épaules. Nous ne verrions plus de médecins pris entre cette alternative de s'aliéner leurs clients ou de ne pas satisfaire à la loi.

M. Cornil. J'ai été heureux d'entendre les déclarations de M. Ferrand à cette tribune, parce qu'il me semble que nous sommes bien plus près de nous entendre. La désinfection que M. Ferrand approuve ne peut être faite sans déclaration. Dans la loi qui est en préparation et qui est devant le Sénat depuis quatre ans, il est inscrit un nouvel article qui prescrit de faire la déclaration non seulement au médecin mais à la famille. Cette loi donnera satisfaction à M. Ferrand, mais dans cette loi il y a un antagonisme entre les hygiénistes et les propriétaires, et comme les propriétaires sont très nombreux dans toutes les Chambres, il y a là des difficultés qui empêchent de terminer cette loi.

En résumé, la déclaration et la désinfection sont deux mesures corrélatives, qui ne peuvent être complètes que lorsqu'elles vont ensemble. Les médecins seront beaucoup plus portés à faire la déclaration lorsqu'il sauront qu'elle sera suivie de la désinfection.

M. Leblanc. En médecine vétérinaire, c'est le propriétaire

qui doit faire la déclaration et, à son défaut, le vétérinaire. Si cette déclaration était toujours bien faite, on épargnerait à la France des millions en arrêtant dès le début des épizooties ruineuses. Je ne puis donc qu'appuyer ce que viennent de dire M. Monod et M. Cornil. Il faut persévérer dans cette voie, sans s'arrêter à quelques difficultés de détails.

M. Cornil demande que l'Académie émette le vœu que la loi sur la protection de la santé publique soit votée le plus tôt possible.

Cette proposition sera reprise à une séance ultérieure.

Elections. — L'Académie procède à l'élection de deux correspondants nationaux dans la 3e division (médecine vétérinaire).

Pour la première élection, sur 55 votants, majorité 28, M. Laulanié (de Toulouse) est nommé par 46 voix contre 4 données à M. Thierry, 3 à M. Cagny et 1 à M. Lucet.

Pour la seconde élection, sur 57 votants, majorité 29, M. Thierry (de Beaune) est élu par 32 voix contre 17 données à M. Neumann, 5 à M. Cagny, 1 à M. Labat, 1 à M. Lucet et 1 bulletin blanc.

Sur la régénération des muqueuses. — M. Cornil. J'ai étudié, avec M. Carnot, le début de la régénération des muqueuses après leur incision, sur l'uretère, la corne utérine et la vessie du chien.

Lorsque l'uretère est incisé en long, il s'étale le plus souvent et le grand épiploon se met en contact avec lui, soit directement, soit par l'intermédiaire d'une mince couche de sang coagulé. Les cellules du revêtement de la muqueuse urétérale sont alors plus ou moins désintégrées par le passage de globules blancs et de liquide entre elles. Il s'y fait des lignes de clivage entre les couches de l'épithélium superficiel et profond du revêtement épithélique. Les cellules épithéliales superficielles détachées, soit isolément, soit en plaques, se fixent sur le grand épiploon ou sur la fibrine qui le double. On peut constater ces faits de greffe cinq heures après l'opération. Ces cellules, ainsi décalquées ou greffées, continuent à vivre sur le grand épiploon ou la fibrine, s'y développent et s'y multiplient, s'étendent en surface pendant le premier jour qui suit l'opération. Elles forment au bout de trois ou quatre jours, par réunion des greffes isolées d'abord, par glissement des anciennes cellules au bord de l'union des incisions avec le grand épiploon, un revêtement muqueux complet sur la paroi nouvelle, d'origine épiploïque, du canal reconstitué. C'est cette reconstitution de l'épithélium qui conserve à l'uretère sa cavité muqueuse, sans quoi il y aurait adhérence complète de l'uretère ancien avec l'épiploon.

Dans les cornes utérines sectionnées, l'épithélium cylindrique à une seule couche, plus vulnérable que le précédent, est détruit et tombe ; il se refait par les réserves épithéliales contenues dans les glandes. Au niveau de l'ouverture de celles-ci, on constate une greffe épithéliale sur la paroi du contenu fibrino-cruorique qui se trouve en regard des dépressions glandulaires et un glissement des cellules épithéliales entre les glandes et au niveau de la cicatrice.

Lorsqu'on a placé des ligatures pour unir la vessie incisée, ou réséquée en partie, avec le grand épiploon, le trou et le trajet des fils se tapissent au bout de huit à quinze jours de cellules épithéliales stratifiées de même nature que celles du revêtement vésical. Dans une expérience de M. René Marie, où l'aiguille avait passé au niveau de la muqueuse intestinale pour unir la paroi intestinale avec la vessie, le trajet du fil était tapissé de cellules cylindriques à partir de la muqueuse intestinale qui s'unissaient avec les cellules pavimenteuses stratifiées provenant de la vessie au milieu de ce trajet sinueux.

Ces greffes expérimentales des cellules épithéliales sur le péritoine expliquent la propagation à cette séreuse des bourgeons des tumeurs épithéliales provenant des tumeurs de l'ovaire, du pavillon de la trompe, de la surface de l'estomac et du foie.

Enchondrome de la face. — M. Picqué présente une malade à laquelle il a enlevé un énorme enchondrome de la face. M. Picqué fit l'ablation des deux maxillaires supérieures après ligature préalable des deux carotides externes. L'opération ne dura que 32 minutes et la réunion par première intention était complète au bout de huit jours. (Renv. à l'examen de M. Berger).

A 4 heures 35, l'Académie se forme en comité secret pour entendre des rapports de prix.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 15 juillet 1898. — Présidence de M. Sevestre.

Tuberculose cutanée consécutive à une ostéo-périostite sternale. — MM. Jacquet et Du Pasquier présentent un adulte atteint d'un ulcère polycyclique de la région xyphoïdienne ; dans le pus se trouvaient en grand nombre des bacille de Koch. Cette tuberculose cutanée était secondaire à une ostéo-périostite sternale, avec inoculation consécutive de la peau.

Cette lésion date de huit mois, elle a donc évolué rapidement et cependant il a suffi de faire des pansements à l'eau bouillie pour en amener la cicatrisation.

Hémi-hypéresthésie névro-musculaire chez un arthro-blennorrhagique. — M. L. Jacquet présente un malade névrosé, alcoolique, paludéen et blennorrhagique chez lequel il a constaté une hémi-hyperesthésie lors de l'apparition de rhumatisme subaigu.

M. Jeanselme dit avoir observé des faits semblables.

Hystéro-traumatisme d'origine hépatique. — MM. Jeanselme et Rabé. Nous avons observé une jeune femme hystérique, chez laquelle les manifestations de la névrose présentaient, avec des crises de coliques hépatiques, une étroite subordination. A l'âge de dix ans, une première attaque de lithiase provoque une première crise d'hystérie ; depuis lors, toutes les causes qui ramènent des accès de lithiase hépatique, telles que les divers incidents de la vie génitale (établissement et retour des règles, grossesse, etc.) réveillent invariablement des crises d'hystérie. Pendant plusieurs années, la névrose s'est traduite par des signes sans localisation précise, puis elle a groupé ses manifestations sur la moitié droite du corps, et, plus spécialement, dans les régions qui sont le siège des irradiations douloureuses de la colique hépatique.

Dans la crise qui s'est déroulée sous nos yeux, toute la région scapulo-humérale était le siège d'une douleur intolérable, à la fois superficielle et profonde. Des arthralgies d'intensité moindre occupaient les articulations du coude et du poignet. En outre, tout le côté droit du corps, moins le membre inférieur, était manifestement hyperesthésié ; la moindre pression sur les masses musculaires, les os et les articulations, le plus léger pincement de la peau provo-

quaient de vives souffrances. La zone d'hyperesthésie était circonscrite par des lignes d'une régularité géométrique.

Il est intéressant de constater qu'au niveau des organes des sens, l'hyperesthésie de la sensibilité générale s'associait à de l'anesthésie sensorielle : la narine droite percevait mal les odeurs proprement dites, le parfum d'une fleur, par exemple, mais elle était trop vivement impressionnée par les substances, irritantes, telles que l'ammoniaque. De même l'œil droit était atteint d'amblyopie, mais la conjonctive était douloureuse au moindre contact. Une hypérémie avec élévation notable de la température était superposée à la zone d'hyperesthésie. Le membre supérieur droit était immobilisé, non seulement par la douleur, mais aussi par une véritable impuissance motrice.

Après une durée d'une quinzaine de jours, la douleur et l'impotence du membre supérieur droit disparurent brusquement, et un matin, à la visite, la malade se présente à nous, portant son enfant sur son bras.

Cette prédominance des symptômes de la névrose sur le côté correspondant à l'organe qui est le point de départ de l'hystérie est une règle qui ne souffre pas d'exceptions; elle n'est, du reste, qu'un cas particulier d'une loi plus générale qu'on peut formuler ainsi : l'hystérie locale se fixe au niveau ou au voisinage du point d'application du traumatisme.

La radiographie dans les grands épanchements pleuraux. — M. A. Béclère. Les rayons de Rontgen ne rendent pas seulement au diagnostic médical des services incontestables, ils donnent ensuite la solution de problèmes de pathologie jusqu'alors irrésolus. On sait que chez les malades porteurs de grands épanchements de la plèvre gauche, le cœur placé bat à droite du sternum, comme en témoignent la vue et le palper. Tous les auteurs classiques admettent que, dans ces cas, le déplacement du cœur par l'épanchement pleural a pour effet de refouler la pointe plus que la base, de redresser l'axe du cœur, de le rendre d'abord vertical, puis de renverser la direction de cet axe, de telle sorte que, dans les cas extrêmes, le cœur pivotant sur sa base, a sa pointe rejetée jusqu'au delà de la ligne mamelonnaire droite. Le prof. Bard, de Lyon, soutient depuis plusieurs années une opinion toute différente : dans les cas de déviation du cœur à droite par un refoulement dû à des épanchements pleuraux gauches, de même que par des rétractions droites, le cœur est déplacé en masse sans que la direction générale de son axe soit modifiée, c'est la base et non la pointe du cœur qui bat à droite du sternum. Cette opinion, appuyée sur l'observation clinique, a été confirmée par les recherches expérimentales du prof. Pitres, de Bordeaux, et par plusieurs nécropsies. L'emploi des rayons de Rontgen permet de faire véritablement la biopsie des malades de ce genre et, mieux que les autres modes d'investigation, l'examen radioscopique et radiographique renseigne sur l'exacte situation du cœur. M. Béclère vient d'avoir l'occasion d'observer un homme de trente ans porteur d'un abcès froid de la plèvre droite, contenant au moins cinq litres et demi de pus, comme l'a montré la ponction faite un peu plus tard; chez le malade, le cœur battait à droite du sternum dans les deuxième, troisième, quatrième, cinquième et sixième espaces intercostaux, il battait dans le sixième espaces intercostal droit, à 15 centimètres de la ligne médiane.

L'examen radioscopique fit voir, sur l'écran fluorescent, le côté gauche entièrement opaque et, se détachant sur la clarté brillante du côté droit, l'ombre de la portion du cœur déplacé qui débordait le sternum.

Deux traits essentiels témoignaient que cette ombre appartenait à la base du cœur : elle était limitée par un contour à peu près demi-circulaire et ne présentait pas les mouvements très appréciables qu'on voit à l'image de la pointe du cœur, mais seulement des mouvements à peine distincts. M. Béclère eut d'ailleurs la bonne fortune de faire comparativement l'examen radioscopique d'un homme atteint de dextrocardie congénitale avec insertion totale des viscères, il put constater la grande différence des images du cœur chez ces deux malades. L'épreuve radiographique provenant du premier malade et présentée à la Société fournit, par l'image aperçue à l'écran, un document impersonnel qu'on ne pourra accuser d'erreur. Les rayons de Rontgen ont donc mis hors de doute l'opinion défendue par M. Bard sur le déplacement du cœur en masse sans déviation de son axe.

Chez le même malade, quelques jours après la ponction, faite cependant très lentement et sans aspiration, un pneumothorax s'est produit. Une seconde épreuve radioscopique, prise à ce moment, montre très nettement l'image du moignon pulmonaire rétracté vers le hile : les rayons de Rontgen renseignent sur l'exacte situation du poumon — ce que ne pourrait faire aucun des modes habituels d'exploration — comme ils ont renseigné sur l'exacte situation du cœur.

M. Menétrier. Sur cette épreuve radiographique, l'ombre portée, que M. Béclère attribue au moignon pulmonaire, est située uniquement au niveau du hile du poumon, ce qui est contraire à ce qu'on observe d'ordinaire dans les autopsies : généralement, dans les pyo-pneumothorax, le moignon pulmonaire est accolé au médiastin sur toute sa hauteur.

Ulcérations gastro-intestinales d'origine inconnue. — M. Le Gendre complète l'observation du malade qui fit le sujet d'une précédente communication. Les ulcérations trouvées à l'autopsie de ce malade n'avaient pu être classées, on pouvait penser à des ulcérations typhiques; l'examen bactériologique, qui est complet à l'heure actuelle, permet d'éliminer cette hypothèse ; mais la cause réelle de ces ulcérations échappe encore.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LA HAUTE-VIENNE

Commentaires sur un cas de tératologie animale, M. le Dr Raymondaud, de Limoges. — Dans la séance du 7 mars 1898, M. Detroye nous a présenté une pièce tératologique consistant en l'extrémité cervico-céphalique d'une brebis mort-née.

Cette pièce se composait du cou de l'animal terminé par un bouquet membraneux résultant de la coalescence des deux oreilles.

Le cou, de forme et de volume ordinaire, était recouvert d'un pelage abondant.

Les oreilles réunies par leur bord et par une bride transversale, formaient un double infundibulum terminé en cul-de-sac.

L'auteur de la présentation nous dit s'être assuré que le

corps de l'animal n'offrait pas d'autre anomalie que celle-ci. En conséquence, il en avait séparé la partie intéressante pour en faire l'objet d'une communication à la Société.

M. Detroye désignait son sujet par le titre de monstre acéphalien. L'étymologie justifiait cette désignation. C'était bien, en effet, quant à l'aspect, un animal sans tête. L'usage autorisait également cette expression. Elle est très usitée dans les écrits périodiques ; on la trouve même souvent employée dans les traités et les recueils de monstruosités, par de savants spécialistes.

Cependant il y avait lieu de remarquer, et cette remarque fut faite à la suite de la communication, que l'état actuel de la science comporte une détermination plus rigoureuse.

Ces appendices membraneux, manifestement des oreilles, ne constituent-ils pas un rappel positif de la tête de l'animal ? Ne font-ils pas pressentir, au-dessous d'eux, quelques autres vestiges de la tête ? N'est-il pas probable que la tête n'est pas réellement absente, mais qu'elle existe, imparfaite, incomplète, rudimentaire ? S'il en est ainsi, le monstre doit être rangé dans la famille des Paracéphaliens, monstres qui possèdent *presque* une tête, plutôt que dans celle des Acéphaliens, monstres dépourvus de tête.

Sans doute il faut se garder de la tyrannie des délimitations scientifiques qui, malgré la précaution que prennent les auteurs de leur ménager une certaine élasticité, sont bien loin de se prêter toujours à l'infinie variabilité des cas particuliers. Mais il n'est pas moins vrai qu'il y a un choix à faire et que s'il se rencontre, dans la galerie d'exposition des faits scientifiques, une case bien appropriée aux conditions d'un fait à déterminer, c'est dans celle-là qu'il faut le classer, de préférence à toute autre moins convenable.

Ce scrupule est particulièrement de circonstance dans un pays et dans un temps comme les nôtres qui ont vu naître une classification tératologique signée de noms français, illustres dans les sciences naturelles et qui encore aujourd'hui fait autorité dans toutes les parties du monde savant.

Assurément, la classification des Geoffroy-Saint-Hilaire, qui compte plus de soixante ans d'existence, n'a pas traversé cette longue et active période d'études sans avoir donné prise à de nombreuses critiques. Elle n'en reste pas moins, sinon le tableau synoptique de la tératologie, idéal impossible dans une science encore si éloignée de la perfection, du moins, un bon instrument de travail. C'est ainsi que l'a compris M. le professeur Mathias Duval qui, dans un article écrit il y a trois ans à peine, déclare n'avoir rien de mieux à faire qu'à adopter, au moins provisoirement, la classification d'Is. Geoffroy-Saint-Hilaire, surtout parce qu'elle est devenue classique (1).

M. Detroye accueillit de la meilleure grâce les objections qui venaient de lui être faites et voulut bien se charger de compléter sa communication par l'examen anatomique de la pièce présentée.

Dans la séance suivante (du 4 avril 1898), il nous rapporta cette pièce disséquée : les vertèbres cervicales étaient à l'état normal, l'œsophage et la trachée ne se continuaient pas au-delà de l'axis ; sur la face supérieure de l'atlas, reposait une petite tête, du volume d'un marron, dans laquelle on reconnaissait l'occipital, les pariétaux et une partie des temporaux ; les os médians de la base du crâne et la plupart de ceux de la face paraissaient confondus dans une masse commune. Cette petite tête était coiffée d'une enveloppe tégumentaire sur laquelle s'implantait le bouquet d'oreilles qui, sur la pièce non disséquée, en était la seule manifestation extérieure. Dans l'écartement qui s'était produit entre la première et le deuxième vertèbre cervicale, apparaissait la moelle rachidienne ferme, blanche, de volume ordinaire.

Sur ma demande, M. Detroye voulut bien me remettre cette pièce. C'est sur cette préparation, complétée par une coupe postéro-antérieure de la petite tête, que j'ai exécuté avec autant d'exactitude que possible, et en conservant les dimensions réelles des parties, les quatre dessins que j'ai l'honneur de présenter à la Société.

La 1re figure, *A*, reproduit la pièce, sans préparation, telle qu'elle fut mise sous nos yeux, dans la première séance.

Les deux oreilles ont été écartées de manière à mettre en évidence la bride qui les sépare et les deux infundibulums qui résultent de cette disposition;

La 2e figure, *B*, montre la petite tête rudimentaire, *m*, reposant sur l'atlas *n*; au-dessus de cette tête avortée, s'élève en forme de capuchon *o*, la peau sur laquelle les oreilles, *p*, *p*, sont insérées. La petite tête est vue par sa face postérieure. On y reconnaît l'écaille de l'occipital, *q*, et les deux pariétaux, *r*. Entre la première et la deuxième vertèbres, intentionnellement écartées l'une de l'autre, apparaît la moelle cervicale, *t*.

En *C*. (3e figure), se voit la petite tête, complètement isolée par une dissection complémentaire et présentée à peu près de profil. On y remarque le volume relativement considérable des masses condyliennes de l'occipital, *u*, *u*.

Ces tubérosités présentent un volume exagéré, si on les compare au reste de la tête. Cette exagération des parties articulaires de l'occipital établit une transition nécessaire entre la tête considérablement réduite et les vertèbres cervicales qui, elles, ont conservé à peu près les proportions normales. Par le trou occipital se dégage la moelle allongée *v*.

Une autre particularité de cette figure, ce sont les deux branches de la mandibule *x*, *x*, séparées l'une de l'autre. Elles s'articulent en haut avec la masse tubéreuse qui représente les temporaux, et leurs extrémités inférieures se perdent dans les tissus sous-tégumentaires de la région cervicale antérieure et supérieure.

La 4e figure, *D*, présente une coupe postéro-antérieure de la petite tête dont les deux parties ont été écartées pour permettre de voir l'intérieur du crâne.

On trouve sur cette figure : 1° à l'extérieur, les deux surfaces articulaires des condyles occipitaux sur lesquels l'attention a déjà été attirée, *u*, *u*, et les deux extrémités des branches du maxillaire inférieur, *x*, *x*; 2° à l'intérieur, une masse tubéreuse, *y*, dans laquelle sont confondus l'ethmoïde, le sphénoïde, les frontaux, les os de la face et laissant libre, au-dessus d'elle, une certaine capacité de la petite boîte crânienne; enfin, des vestiges du cerveau, des méninges, du cervelet, etc., la moelle allongée sortant par le trou occipital *z*, *z*.

A la suite de l'examen anatomique auquel il s'était livré, M. Detroye avait reconnu que son monstre, malgré l'apparence, n'était pas réellement acéphale et qu'il avait des droits au titre de Paracéphalien.

(1) Pathogénie générale de l'embryon, dans le *Traité de pathologie générale*, publié par M. Bouchard, 1895.

Mais la famille des Paracéphaliens comprend trois genres : les Paracéphales, les Omacéphales, les Hémiacéphales. Auquel des trois, appartient le monstre qui nous occupe ?

Pour ne pas étendre outre mesure un commentaire auquel bien peu de lecteurs, sans doute, trouveront quelque intérêt, je dirai de suite, qu'à mon avis, ce monstre appartient au genre hémiacéphale. C'est un demi-acéphalien Cette conclusion, d'ailleurs, se dégage manifestement de la comparaison que l'on peut faire de la caractéristique sommaire des trois genres, qui se trouve à la page 440, du tome II de l'*Histoire générale et particulière des anomalies*, 1836.

Dans l'article consacré à la description de l'hémiacéphalie, l'auteur ajoute : « Ce genre est caractérisé par l'existence d'une tête très imparfaite » qu'il décrit ainsi : « le corps se termine supérieurement par une éminence médiane, arrondie, plus ou moins saillante, suivant les sujets, et présentant à la face extérieure quelques appendices cutanés ou même simplement quelques replis ou rides. Ces appendices, ces replis, ces rides sont les seuls vestiges qui subsistent des organes sensitifs, de même que l'éminence médiane supérieure est la seule trace extérieure du crâne.

« A l'intérieur, on distingue au contraire très bien les os crâniens, tous plus ou moins imparfaits, mais dont quelques-uns sont encore déterminables par les caractères de forme et surtout par leurs connexions. Ces os forment, dans leur ensemble, une masse globuleuse, articulée inférieurement avec la première vertèbre cervicale et qui, plus ou moins excavée à son intérieur, est une véritable boîte cérébrale. Elle renferme même quelques parties encéphaliques, en général mêlées de sérosité.

« ..... Le corps tout entier et les membres sont affectés, aussi bien que la tête, d'anomalies graves et multipliées. Le corps est toujours difforme et les membres sont plus ou moins contournés et incomplets quant au nombre des doigts..... Le cœur, les poumons, plusieurs viscères abdominaux manquent ou n'existent qu'en vestiges, et ceux qui subsistent présentent de nombreuses imperfections. »

Le dernier paragraphe de cette citation semble en contradiction avec les déclarations de M. Detroye, relatives à son sujet. Mais nulle part autant peut être qu'en tératologie, il est vrai de dire qu'il n'y a pas de règle sans exception. Is. Geoffroy-Saint-Hilaire nous fournit lui-même un exemple de cette proposition, dans la note 2 de la page 461 de son deuxième volume. — Le veau monstrueux de Herzberg, qu'il cite parmi les Paracéphaliens, avait, dit-il, « le corps de forme à peu près régulière ».

Ainsi disparaît, sous le bénéfice de la note qui précède, l'apparente dissidence entre le texte d'Is. Geoffroy-Saint-Hilaire et la communication de M. Detroye : le monstre de notre collègue était un paracéphalien exceptionnel.

Ce n'est pas seulement par ce trait qu'il a droit de nous intéresser. Les Paracéphaliens, sujets rares dans l'espèce humaine, étaient, au temps de l'auteur que je me plais à citer, presque inconnus dans les espèces animales. Le veau de Herzberg et celui de Vallisneri, sont les seuls exemplaires qu'on trouve mentionnés dans le *Traité de Tératologie*.

Une objection se présente ici :

On trouve, dans la classification que nous suivons, immédiatement avant la famille des Paracéphaliens, celle des Otocéphaliens qui termine la série des monstruosités portant sur la face, et dont le dernier genre, le genre Triocéphale, comprend des individus qui manquent à la fois des trois appareils sensitifs, buccal, nasal et oculaire. « La tête n'est plus qu'un petit renflement sphéroïdal que la peau revêt partout presque uniformément. » Seulement, au-dessous de la tête, entre elle et la première vertèbre, naissent les conques auditives, diversement configurées et tantôt communiquant par des fentes avec la cavité du pharynx, tantôt se terminant en entonnoir imperforé.

Cette conformation de l'extrémité céphalique du triocéphale ne se rapproche-t-elle pas extrêmement de celle de l'hémiacéphale que nous avons eu à étudier? — Elle s'en rapproche d'autant plus que les anomalies concomitantes du tronc, des membres, des viscères, sont équivalentes de part et d'autre.

La seule différence que l'on puisse relever, c'est que l'insertion des conques auditives se fait, chez le triocéphale, dans le sillon de séparation de la tête et du cou, tandis que, chez l'hémiacéphale, elle a lieu au sommet de la tête.

Cette différence, qui emprunte au processus tératologique une certaine importance, est assurément minime en apparence. Elle suffit néanmoins pour motiver la détermination taxonomique des genres. Mais l'objection acquiert une valeur bien supérieure au regard de la classification elle-même. Un mammifère dépourvu de toute voie de pénétration de l'air respirable et de substance alimentaire est évidemment incapable d'entretenir son existence. La classification est donc en faute quand elle place le genre Triocéphale dans l'ordre des Autosites.

Ce n'est pas là, tant s'en faut, le seul grief que l'on puisse élever contre la classification d'Is. Geoffroy-Saint-Hilaire, et cependant, malgré tous les défauts qui lui sont reconnus, elle l'emporte encore, à beaucoup de titres, sur d'autres qui sont venues après elle. Celle de Decaisne, plus jeune qu'elle de quarante ans, est bien loin de l'égaler. Celle-ci a cependant un mérite que ses aînées ne possédaient pas. Toutes visaient exclusivement les anomalies de l'organisation de l'homme et des animaux. Celle de Decaisne y ajoute les anomalies du règne végétal. En introduisant dans la tératologie générale cette troisième section, si naturelle, la tératologie végétale, Decaisne a donc fait faire à cette science un pas en avant. Il a créé un lien de plus entre les deux branches principales de la biologie qui ne peut que gagner à être cultivée simultanément dans cette double direction.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE MONTPELLIER

Séance du 1er juillet 1898.

De l'ophtalmie électrique. — M. Villard. On donne le nom d'ophtalmie électrique à une inflammation aiguë des membranes externes de l'œil survenue à la suite de l'exposition plus ou moins prolongée de cet organe à une lumière électrique violente. M. Villard en rapporte un cas typique. Un employé de tramways, en manipulant au devant et tout près d'un tableau de distribution, fut exposé subitement à une étincelle aveuglante survenue par accident et produite par un courant électrique d'environ 400 ampères et 550 volts. Le sujet ne fut pas incommodé sur le moment et continua son travail. Quatre heures environ après l'accident, il com-

mença à souffrir des yeux; les douleurs qu'il ressentit s'accentuèrent rapidement, et au milieu de la nuit, dix heures environ après l'accident, elles devinrent intolérables. A ce moment, le malade, dans un état d'agitation extrême, ressentait comme de violents coups d'aiguilles qui auraient traversé l'œil et l'orbite et se plaignait en outre d'une sensation très désagréable de corps étranger et de brûlure au niveau des yeux. Les paupières étaient tuméfiées, la conjonctive bulbaire était très hyperémiée, sans chémosis ; il existait en outre un blépharospasme excessif, une photophobie des plus violentes, et un larmoiement très abondant. La vision était intacte ; les membranes internes ne présentaient aucune altération.

Le traitement institué consista en lavages boriqués, en applications permanentes de compresses trempées dans une solution boriquée très froide, et en instillations toutes les heures d'un collyre à la cocaïne au 30e.

Trois ou quatre heures après le début de ce traitement, le malade fut soulagé, et moins de vingt-quatre heures après l'accident la guérison était obtenue.

A l'occasion de ce cas, M. Villard trace en quelques mots l'histoire clinique de l'ophtalmie électrique.

Elle survient d'ordinaire chez les ouvriers occupés à régler les lampes à arc, ou bien chez ceux qui sont employés à la soudure des métaux par l'électricité. Elle n'apparaît le plus souvent qu'après un temps d'exposition variant de quelques minutes à quelques heures. Le cas signalé plus haut constitue donc une exception, puisque le malade n'a pas été exposé plus d'une seconde à la lumière électrique.

On a beaucoup discuté pour savoir auquel des rayons composant la lumière électrique était dû cet accident. Tous les auteurs sont d'accord pour rejeter l'action nocive des rayons calorifiques ; mais tandis que les uns accusent les rayons lumineux, les autres font intervenir de préférence les rayons chimiques dans la pathogénie de cette ophtalmie.

Les symptômes dominants sont la douleur, le blépharospasme et la photophobie ; les paupières sont gonflées, les conjonctives sont congestionnées; le larmoiement ne fait jamais défaut. En somme, cette ophtalmie reproduit exactement la symptomatologie bruyante de la conjonctivite catarrhale suraiguë.

Les complications sont rares, l'inflammation restant limitée aux annexes de l'œil, paupières et conjonctives. Cependant on observe souvent des accidents érythémateux sur la face et les mains, accidents bien connus sous le nom de coups de soleil électriques.

Le diagnostic est des plus faciles, les malades indiquant de suite la cause de l'affection pour laquelle ils viennent consulter.

Le pronostic est généralement bénin, l'ophtalmie électrique guérissant, d'ordinaire, d'une façon parfaite et en deux ou trois jours au maximum.

Le traitement prophylactique consiste, pour les ouvriers exposés à ce genre d'accidents, à se couvrir la face d'un masque spécial, et à porter des lunettes noires excessivement foncées ou mieux des lunettes munies de verres superposés de différentes couleurs (rouge, jaune). Certains expérimentateurs ont proposé des verres teintés en jaune avec des couleurs d'urane ; mais ces verres ne paraissent pas être entrés dans la pratique courante.

Quand l'ophtalmie électrique s'est déclarée, il faut, à tout prix, calmer les douleurs, pour cela le meilleur traitement consiste à mettre le malade au repos dans l'obscurité, à recouvrir les yeux avec des compresses évaporantes trempées dans une solution faiblement antiseptique et très froide, et enfin à instiller toutes les heures quelques gouttes d'un collyre à la cocaïne en solution plus ou moins forte, suivant l'intensité de l'inflammation.

SOCIÉTÉ DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Séance du 7 juillet 1898.

Suite et fin) (1).

De l'emploi du monochlorophénol dans le lupus et la tondante. — M. Barbe. J'ai eu l'honneur de faire l'année dernière à la Société de Dermatologie (2) une communication sur le traitement *externe* du lupus par le monochlorophénol. J'ai fait remarquer la difficulté qu'il y avait à employer chez les malades ce corps qui possède une odeur très forte, plus désagréable que celle de l'acide phénique et telle que je n'ai pu poursuivre mes essais, la plupart des sujets refusant de continuer le traitement.

La communication du professeur Le Dentu au Congrès international de Moscou sur les propriétés microbicides du parachlorophénol m'ont engagé à reprendre mes premiers essais. Je ne vous citerai que les points les plus intéressants de la communication de M. Le Dentu : « Le Dr Spengler a affirmé qu'une solution de chlorophénol à 2 p. 100 était l'agent le plus puissant pour détruire la virulence du bacille de Koch. Par la méthode des fils, la solution à 1 p. 100 tue les bacilles d'Eberth en 30 secondes et le bacille du charbon en 5 minutes. Le pouvoir bactéricide du chlorophénol serait 5 fois environ plus élevé que celui de l'acide phénique. De plus ce corps est moins toxique, puisque sa solution à 1 p. 100 correspond à la solution à 1/20 d'acide phénique.

Pour masquer l'odeur si pénétrante du chlorophénol, j'ai employé diverses substances odorantes et sur la proposition de M. Guillaume, interne en pharmacie à l'hôpital Saint-Antoine, je me suis arrêté à l'essence de lavande pour faire le mélange suivant :

Monochlorophénol.....	20 grammes.
Essence de lavande.....	10 —
Alcool.....	
Q. s. pour faire.....	100 cc.

Ce mélange a une odeur assez agréable.

Si vous me permettez, je vous rapporterai plus tard les résultats de mes essais dans le traitement du lupus érythémateux, ces essais étant encore trop récents.

J'avais cherché également à utiliser les propriétés microbicides du chlorophénol dans le traitement de la tondante. Là encore l'odeur de ce corps m'avait empêché de continuer mes expériences. Les tentatives que le Dr Danlos a bien voulu faire, dans son service, celles que le Dr Sabouraud a eu l'extrême obligeance de commencer à l'école Lailler, n'ont pas été non plus couronnées de succès. L'odeur de ce corps a incommodé l'entourage des enfants ainsi traités. De plus l'application n'a pas tardé à être douloureuse ; il

(1) V. *France médicale* 15 juillet 1898.
(2) Séance du 11 mars 1897.

est vrai que, à l'école Lailler, nous avions eu la précaution de recouvrir la tête de chaque enfant d'un bonnet de caoutchouc après l'application de la solution ; or cet excès de précaution a eu l'inconvénient de rendre le contact du mélange plus intime et partant plus irritant.

Aussi, dans la nouvelle tentative que j'ai faite à l'hôpital Saint-Antoine avec la solution aromatisée de chlorophénol, ai-je renoncé au bonnet de caoutchouc et me suis-je contenté d'appliquer, après chaque friction, une feuille de taffetas gommé fixée par quelques tours de bande. Les frictions, faites quotidiennement, n'ont été nullement douloureuses ; ni le malade, ni son entourage n'ont été incommodés par la préparation.

Voici l'observation très résumée : L..., âgé de 9 ans, se présente à la consultation dermatologique de l'hôpital Saint-Antoine avec une plaque de tondante qui est survenue il y a 3 semaines à la région sus-frontale du côté droit. Cette plaque, grande comme une pièce de 2 francs environ, est criblée d'une multitude de petits cheveux d'une teinte foncée. Il n'y a pas de poussière cryptogamique autour des cheveux. L'examen microscopique révèle la présence du trichophyton endothrix. Le 1er avril, on fait une friction avec la solution de monochlorophénol à 20 p. 100, désodorisée par l'essence de Wintergreen. Le 3 avril, nouvelle application qui est répétée tous les 2 jours. Le 6 avril, l'application de chlorophénol ne détermine aucune irritation, on fait une friction quotidienne avec la solution désodorisée par l'essence de lavande qui a été formulée plus haut et qui est plus agréable.

Le 18 avril, on ne trouve des cheveux malades qu'au centre de la plaque.

23 avril. Le traitement avait été interrompu pendant 5 jours, parce qu'il avait déterminé un peu de dermite. Il avait été repris le 22 avril.

Au commencement de juin, c'est-à-dire au bout de 2 mois, la plaque est couverte de cheveux sains ; on trouve seulement 2 cheveux malades. Le traitement est continué.

Si la Société me le permet, je la tiendrai au courant de l'observation ; car je n'ai pas eu l'intention aujourd'hui de vous présenter ce cas comme guéri par le monochlorophénol. J'ai seulement voulu vous montrer que celui-ci pouvait être appliqué sur le cuir chevelu sans provoquer aucune espèce de douleur et de plus sans incommoder le malade ou l'entourage.

En terminant, je me permettrai de faire remarquer que, dans des cas de tondante aussi limités que le mien, on pourrait, à la rigueur, essayer de porter la substance active jusqu'au fond du follicule par le cathétérisme de celui-ci, à l'aide d'une aiguille électrolytique.

Les caratés. — M. Sabouraud. On désigne sous le nom de *caratés* toute une série de dermatoses propres à l'Amérique équinoxiale. Elles sont caractérisées par de larges plaques d'épidermite desquamative avec troubles pigmentaires pseudo-vitiligineux. Ces affections naissent de préférence sur les parties découvertes : pieds, mains, visage, mais elles peuvent envahir la totalité du tégument externe. Ce sont des maladies essentiellement chroniques, d'une durée de vingt, trente, quarante ans et considérées comme à peu près incurables. Comme le favus, ces maladies sont de progression excentrique et guérissent spontanément par sclérose du centre de la lésion pendant qu'elles progressent par la périphérie.

On en distingue quatre espèces cliniques qui ont elles-même des variétés. Ce sont les *caratés* noir, violet, bleu et rouge. Les uns sont propres à la population nègre, les autres aux blancs et aux métis.

Cette maladie a été déjà étudiée en France par Alibert, en Colombie par Tea, Uribechyel et J. Gomer. En Belgique Gastambide a étudié *la Pinta* du Mexique, maladie analogue au caraté, mais non identique.

M. le Dr Montoya, professeur à la Faculté de Médecine (Colombie), vient de consacrer une année à l'étude microscopique des *caratés* dans le laboratoire de l'école Lailler. Il m'a chargé de présenter ici les résultats de ses recherches : Tous les *caratés* sont des mycoses. Les squames des différentes espèces montrent des parasites analogues, mais non semblables. Les *caratés* sont des *aspergilloses* de la peau. Dans l'épaisseur des squames de l'épiderme malade, on trouve non seulement un reticulum mycélien, mais ce mycélium supporte des fructifications aspergillaires tout à fait reconnaissables. La série des *caratés* montre ainsi toute une série de champignons aspergilloïdes complètement analogue à la série maintenant connue des trichophytons. A l'heure actuelle, nous avons pour chacune des espèces de *caraté* l'examen microscopique positif de la squame, la culture, l'inoculation positive au lapin et la preuve de la rétroculture. Voici un lapin inoculé il y a cinq semaines, avec une culture de *caraté* noir et qui présente une plaque de 30 centimètres de long sur 15 de large, teinte en noir entièrement et sur laquelle nous observons, de jour en jour, la progression périphérique de la lésion et sa guérison progressive au centre.

Un nombre considérable de recherches sur le *caraté* restent à faire. Parmi elles, les recherches thérapeutiques priment toutes les autres. L'action externe des mercuriaux paraît certaine, et il semble probable que la guérison des *caratés* serait, en pratique, une affaire de temps et de patience.

L'origine des *caratés* présente un problème de prophylaxie extrêmement intéressante. D'abord, M. le Dr Montoya a retrouvé les champignons du *caraté violet-cendré* dans les eaux minières des mines d'or. Ces eaux, chargées de sulfate de fer et de cuivre, n'empêchent pas plus la vie du parasite que l'adjonction de ces sulfates à ses cultures artificielles. De même, M. le Dr Montoya a retrouvé les semences des divers *caratés* sur les moustiques du genre *stimulium* et sur une espèce innommée du genre *Acanthia* (punaises). L'origine saprophyte des *caratés* apparaît donc aussi manifeste que l'origine saprophyte des trichophytons.

Un dernier problème que soulève encore l'étude des *caratés* est la détermination mycologique des espèces parasitaires qui le causent.

Elles se rapprochent certainement des aspergillus déjà connus, mais, d'après M. le professeur Van Thieghem, ces espèces ne sont encore pas décrites et nommées. Quelques-unes offrent des caractères intermédiaires entre le groupe *Aspergillus* et le groupe *Penicillum*. D'autres enfin plus dégradées se rapprochent du genre *Monilia*.

L'ensemble de ces recherches éminemment intéressantes éclaire d'une vive lumière l'étude comparée des dermatomycoses en tous pays.

Syphilides tuberculeuses évoluant sur des cicatrices de vaccin. — M. Fournier relate l'histoire d'un homme de 33 ans qui a présenté, il y a 2 ans, une syphilide tuberculeuse, après en avoir eu une première il y a 5 ans. Un beau jour,

ce sujet se fait vacciner. La vaccination ayant échoué, il se fait vacciner une 2me fois. Aucun bouton. Mais, au bout de 7 mois, un tubercule syphilitique se montre sur chacune des piqûres du bras droit; puis, au bout de 14 mois, même éruption sur chaque piqûre du bras gauche.

M. Fournier montre un cas de syphilis mutilante des mains ressemblant singulièrement à de la lèpre ; le malade a été très amélioré par deux injections de calomel.

M. Galezowsky présente un homme atteint de la lèpre oculaire ; le nez atteint de lèpre également présente la déformation du nez dite *en lorgnette*, caractéristique de la syphilis.

MM. Jacquet et Mesnard relatent un cas de névrodermite chronique de la verge guérie par les scarifications.

Dr Farbe.

JURISPRUDENCE MÉDICALE

Voici deux cas exemplaires de condamnation pour *exercice illégal*, qu'il nous a paru utile de reproduire :

Tribunal correctionnel du Havre.

Jugement du 23 mars 1898.

Entre Monsieur le Procureur de la République poursuivant, et

Primo X...

Secundo Y...

Motifs :

Vu les articles 16 et 18 de la loi du 30 novembre 1892, 1er de la loi du 26 mars 1891, dont lacture a été faite par le Président.

Attendu qu'il résulte de l'instruction et des débats, et des aveux partiels du prévenu Y..., la preuve que X... et Y... ont, à plusieurs reprises, depuis moins de trois ans, commis le délit d'exercice illégal de la médecine;

Attendu qu'il est en effet constant que la veuve G... et la demoiselle D... ont été visitées par l'élève en pharmacie Y... et ont reçu des mains de celui-ci et de celles de X..., son patron, des remèdes que les deux prévenus disaient appropriés au genre de maladie de ces deux clientes. Qu'ainsi, pendant près de deux années, en 1895 et 1896, la veuve G... a suivi le traitement que lui avaient prescrit les prévenus;

Attendu qu'il est encore établi que Y... seul, a, en 1897, fourni au sieur L... qui s'était adressé à la pharmacie X..., après avoir lu en ville des placards que X... reconnaît avoir fait afficher, et par lesquels celui-ci annonçait posséder un remède contre les maladies vénériennes guérissant sûrement et rapidement ces affections, diverses drogues que le prévenu affirmait être souveraines pour la maladie dont L..., sur sa demande, se disait atteint;

Attendu que vainement les prévenus font soutenir qu'en admettant même que les faits rapportés par les témoins soient exacts, ils ne constitueraient pas le délit d'exercice illégal de la médecine parce qu'ils rentrent dans la catégorie de ceux permis aux pharmaciens et parce que l'habitude, qui est une des conditions essentielles du délit, n'existerait point dans l'espèce;

Attendu que ces moyens de défense ne sauraient être admis par le Tribunal;

Attendu d'abord qu'aux termes de l'article 32 de la loi du 21 germinal an XI, les pharmaciens ne peuvent livrer et débiter des médicaments ou des drogues composées que d'après la prescription des docteurs ou des officiers de santé;

Attendu d'ailleurs qu'il est manifeste que c'est faire acte réservé aux seuls médecins que de visiter des malades pour se rendre compte de la nature de leurs affections et que ce sont bien les conditions dans lesquelles X... et Y... ont soigné la veuve G... et la demoiselle D...; que ces dames ne sont point venues, comme semble le dire Y.., demander à la pharmacie un remède spécial et déterminé, mais après une véritable consultation ont accepté les drogues qui leur étaient prescrites;

Attendu, de même, que L... ne s'est point adressé au sieur Y... pour lui demander tel ou tel remède, mais qu'attiré à la pharmacie par des affiches promettant la guérison d'une maladie pour laquelle il voulait un remède, il a expliqué le genre de maladie qu'il s'agissait de combattre, et que, sur ses indications, Y... lui a remis plusieurs drogues en lui assurant qu'elles produiraient l'effet désiré, et, qu'en cas contraire, d'autres drogues plus efficaces pourraient être obtenues gratuitement.

Attendu que de tels faits constituent bien l'exercice de la médecine;

Attendu que le fait d'avoir fourni au témoin M... un simple remède pour procurer le soulagement d'une bronchite ne paraît pas suffisamment caractérisé en dehors de renseignements précis sur la nature des sirops remis à ce témoin;

Attendu qu'en vain les prévenus soutiennent que la preuve de l'habitude des actes délictueux n'est pas rapportée contre eux, que les trois faits qui viennent d'être précisés et retenus sont bien constitutifs de l'habitude dans le sens juridique de ce mot;

Attendu d'ailleurs que les faits révélés par la veuve G... suffiraient à eux seuls pour justifier la prévention puisqu'il est évident que les prévenus ont prescrit un traitement suivi à cette femme et qu'ils l'ont dirigé pendant plusieurs mois;

Attendu, quant à l'application de la loi, que les deux prévenus n'ont jamais été condamnés, et que d'excellents renseignements ont été recueillis sur leur compte; qu'il y a lieu dans ces conditions de les faire bénéficier de la loi de sursis.

Par ces motifs, le Tribunal déclare X... et Y... coupables d'avoir, au Havre, depuis moins de trois ans, exercé illégalement la médecine; par suite les condamne chacun à cent francs d'amende. Dit toutefois qu'il sera sursis pendant cinq ans à l'exécution de cette peine.

Les condamne en outre aux dépens solidairement.

Tribunal correctionnel du Havre.

Jugement du 16 mai 1898.

Entre Monsieur le Procureur de la République, poursuivant, et X..., femme Y...

Motifs :

Vu les articles 4, 16 et 1, 18 de la loi du 30 novembre 1892, dont lecture a été faite par le Président;

Attendu qu'il résulte de l'instruction et des débats que la prévenue, sage-femme à Paris, a depuis longtemps ouvert au Havre, 21, rue de Fécamp, un cabinet de consultations où il est notoire qu'elle traite les maladies des femmes;

Attendu qu'à cet égard, la prévenue, dans des cartes imprimées destinées à être distribuées, a pris expressément soin de se recommander au public comme s'occupant spécialement de ce traitement, en négligeant même de prendre le titre de sage-femme, le seul qui lui appartienne légalement ;

Attendu d'ailleurs que l'information a révélé que depuis de nombreuses années et jusqu'au jour de la poursuite, la dame X... a, chaque semaine, en se faisant généralement payer 10 francs par visite, reçu et consulté des femmes qui souffraient de maladies diverses et principalement de tumeurs graves dans l'utérus ou ses annexes ; qu'elle les a palpées, examinées au spéculum, pansées, cautérisées ; qu'elle a diagnostiqué le genre de leur affection et le plus souvent les a conduites ensuite près d'un docteur en renom qui leur a fait subir une opération chirurgicale ;

Attendu que, dans un certain nombre de cas, la prévenue a rédigé elle-même et signé des ordonnances et prescrit des médicaments comme un docteur-médecin aurait pu le faire ;

Attendu que la prévenue, loin de méconnaître les faits qui lui sont reprochés, confirme à peu près complètement les dépositions des témoins, mais qu'elle allègue n'avoir point outrepassé son droit ;

Attendu que, sans prétendre avoir dans les divers cas relevés, exercé à proprement parler sa profession de sage-femme qui ne lui donne que le droit de pratiquer l'art des accouchements, elle soutient : *primo*, qu'elle n'a agi que comme toute personne ayant l'habitude de soigner des malades aurait pu le faire, et, *secundo*, qu'elle n'a fait qu'exécuter de point en point les prescriptions du chirurgien qui avait en elle la plus grande confiance ;

Attendu que le premier moyen de défense ne peut être pris au sérieux en présence des faits précis et caractérisés établis par la prévention ;

Attendu, sur le second point, que quelles que fussent les aptitudes et l'habileté de la prévenue, la confiance dont pouvait l'honorer le chirurgien chez lequel elle conduisait la plupart de ses clientes ne pouvait lui donner le droit de faire des actes réservés aux médecins ; que le diplôme seul confère à ceux qui en sont munis le droit d'exercer la médecine ;

Attendu que le délit reproché à la dame X... est donc bien établi ;

Attendu, quant à l'application de la peine, qu'il y a lieu de tenir compte du grand nombre de faits délictueux commis par la prévenue.

Par ces motifs, le Tribunal déclare la dame Y..., née X..., coupable d'avoir, au Havre, depuis moins de trois ans, exercé illégalement la médecine, en prenant part habituellement ou par une direction suivie au traitement des maladies ou affections chirurgicales, et ce alors qu'elle n'était munie d'aucun diplôme de docteur en médecine ou d'officier de santé et n'était point dans les conditions stipulées aux articles 6, 29 et 32 de la loi du 30 novembre 1892. En conséquence, la condamne à deux cents francs d'amende et aux dépens.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Un mot à propos du « titre » de « Docteur de l'Université de Lyon » attribuable aux pharmaciens.

Nous sommes un vieux peuple aimant assez à cueillir des boutons de mandarin. Il n'y en avait pas probablement assez et l'inflorescence universitaire veut en faire épanouir d'autres. Si nous étions moins Chinois, un médecin chez nous s'appellerait simplement « médecin », un pharmacien « pharmacien », et il n'y aurait plus dès lors à s'y tromper. Pourtant les mœurs ne se décrètent pas, et ce sont elles qui font les lois. Or, la loi du langage français est telle, que partout un médecin s'appelle *le Docteur* et qu'il n'y a pas à revenir là-dessus. Si donc le pharmacien devient un « docteur », c'est pour le public que le voilà passé médecin ! on le sent si bien et on se rend tellement compte de la valeur de cette marque, qu'on annonce que les élèves tourneront la difficulté, en demandant à la Faculté des Sciences le titre de Docteur de l'Université, si nous autres le leur refusons. Cela, il faut m'en croire, n'irait pas précisément tout seul ; mais ceci prouve du moins que l'équivoque est fatale, et même qu'on tiendrait considérablement à en profiter dans un certain monde pharmaceutique. Dans le cas contraire qu'est ce donc que tous ses efforts signifient? Vainement, affirmera-t-on que l'élite de Pharmaciens qu'on veut créer par le doctorat tel que l'a imaginé l'*Ecole de pharmacie* de Paris ne consentira jamais à cette forfaiture, qui consiste à provoquer l'équivoque, puis à en profiter pour ce but infime : traiter une blennorragie dans l'arrière-boutique, voire même à domicile une pneumonie fibrineuse comme, à ma connaissance, le fit naguère tel chimiste-expert! Je n'ai pas pour ma part cette belle foi robuste, surtout après avoir présidé plusieurs années le Syndicat des médecins du Rhône. Tous nos praticiens des quartiers se plaignent — oh ! parfois combien amèrement — de ce qui se passe à leur détriment dans les officines : et de tout ordre, entendez vous bien ! Car enfin, il faudrait une bonne fois parler franchement. Les meilleurs, les plus savants, les plus indépendants et les plus honorables parmi les pharmaciens, reconnaissent qu'ils donnent en effet des consultations à qui leur en demande, PARCE QUE LE PUBLIC LUI-MÊME LES Y FORCE. Que sera-ce quand le public, lisant sur l'enseigne, couramment, *Pharmacie du Docteur X...*, croira de bonne foi que le titulaire est médecin et pharmacien tout à la fois? Et puis, enfin, il n'y a pas qu'en inspectant pendant vingt ans des officines qu'on peut se faire une conviction sur l'exercice illégal de la médecine dans les pharmacies. Pour mon compte, j'ai été renseigné en une seule fois, et ce fut même très drôle. J'entre un jour dans une officine pour faire une observation au pharmacien qui, dans une de mes prescriptions, avait substitué de l'*iodoforme* à du *diiodoforme*. Pour m'expliquer avec lui, je le prie naturellement de passer dans son cabinet. Il sourit discrètement et, enfin seul avec moi qu'il ne connaissait pas de vue : — « Vous venez me consulter, dit-il sans me permettre de placer un mot, pour une chaudepisse tombée dans les bourses ; j'ai vu ça tout de suite à la façon caractéristique dont vous descendiez de voiture ».

Et notez bien ceci : J'appris peu après que le patron était au lit, malade. L'homme très grave et muni de lu-

nettes auquel j'avais eu affaire, n'était qu'un remplaçant peu « calé » sur le diiodoforme, ainsi qu'il résulta de la suite de notre entretien, mais combien ferré sur le diagnostic à distance d'une orchite, on vient de le voir ! En tout cas, on peut conclure de là aux habitudes de l'officine. Demandez maintenant pourquoi pas mal d'anciens *pharmaciens adjoints* de nos hôpitaux, pourtant munis d'un titre si satisfaisant pour leur amour-propre et faisant foi de leur valeur pharmaceutique distinguée, inclinent si fort à y substituer le titre d'*ancien interne*, qui crée l'équivoque d'une qualité purement médicale ?

« ... *Et ne nos inducas in tentationem* » a dit la grande prière. La Faculté de médecine, elle non plus, n'a pas voulu induire en tentation le modeste pharmacien, pour qui la vie est parfois assez dure et la sollicitation à l'intervention médicale souvent très forte. Elle a entendu réserver le titre honorifique de docteur de l'Université (puisqu'il faut qu'il y en ait) au pharmacien seul qui, ayant bifurqué vers la science, ne peut plus avoir aucun intérêt à retourner à la pratique. Elle décore ainsi le savant d'un vocable ancien, un peu dévié de son sens, puisqu'il n'y eût jamais jusqu'ici de docteurs en pharmacie, mais seulement des Maîtres. Ce titre était beau, et l'on eût pu tout aussi avantageusement le relever. Il est même si beau qu'en médecine, comme dans toutes les sciences et dans tous les arts, c'est lui qui naît tout seul sur les lèvres d'une génération entière pour consacrer la valeur d'un homme.

Je conclurai donc comme j'avais commencé, en disant que nul n'est plus utile, nul plus respectable et digne d'être honoré, protégé dans son œuvre, qu'un pharmacien excellent exerçant sa profession, et sa profession seule, de façon à y faire son devoir et même sa fortune. Le vrai souci des chefs de la médecine et de tout médecin doit être d'aider un tel homme à vivre et à prospérer, comme celui de l'Ecole fut de l'instruire et de consacrer sa valeur *par les grades de son état*. Pour ce, point n'est besoin de lui conférer des titres vains ou tentateurs, mais de lui fournir les élements mêmes de son activité professionnelle. Encourager ses efforts à la production de remèdes nouveaux et au perfectionnement des anciens ; se donner la peine de formuler, au lieu de prescrire de commodes spécialités ; confier au chimiste compétent ses analyses, ses cultures lorsqu'on n'a ni le temps ni les moyens de laboratoire suffisants pour les pratiquer soi-même : voilà ce qu'il faut faire ; et quand tous les praticiens l'auront compris, les pharmaciens auront autre chose à faire et davantage à gagner qu'en donnant des consultations dans la pièce du fond, tendue de vert et meublée d'une chaise longue.

Je suis l'ami des pharmaciens, qu'on le sache bien, mais qu'on sache comment. Je suis l'ennemi des charlatans, qu'ils soient médecins, pharmaciens, herboristes, ou même rien du tout, — ce qui est davantage encore prestigieux pour leur clientèle habituelle, attirée surtout par le merveilleux. Si maintenant les étudiants en pharmacie n'ont pas compris et — comme on nous en menace — s'ils quittent notre Ecole où règne en général à leur endroit l'opinion très favorable et très honorable que je viens d'exposer, ce sera sans doute un regret pour nous, mais non moins certainement tant pis pour eux.

J. RENAUT,
Président du Syndicat de l'Association des Médecins du Rhône.

NOUVELLES

Légion d'honneur. — On nous prie de faire remarquer que le Dr Teissier (Louis-Anne-Marie-Joseph), médecin principal de 2e classe de l'armée territoriale, dont nous avons annoncé dans notre dernier numéro la nomination au grade de chevalier de la Légion d'honneur, n'est autre que notre très distingué confrère le professeur Joseph Teissier, professeur à la Faculté de médecine et médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon. Nous complétons bien volontiers notre renseignement. Nous nous étions bornés, comme de raison, à reproduire intégralement les qualités données par le *Journal Officiel*; c'est peut-être par pudeur que ce journal annonçait en ces termes la décoration trop tardive d'un de nos meilleurs professeurs de Faculté.

Distinction universitaire. — OFFICIERS D'ACADÉMIE. — Sont nommés M. le Dr Guernier, de Balleroy (Calvados); le Dr Duchesne, d'Orbec, président à la Société de médecine de Caen et du Calvados.

Cours payants à la Faculté de Médecine de Paris. — La Faculté de médecine de Paris se décide à suivre l'exemple donné par plusieurs facultés allemandes : elle vient de permettre à plusieurs de ses agrégés d'ouvrir des cours payants, c'est-à-dire des cours payés directement par les auditeurs français ou étrangers, aux professeurs qui les font. C'est ainsi que, sous la direction de M. Hartmann, professeur agrégé, se sont ouverts : le 2 juillet, un cours des opérations courantes, par M. Savariaud ; le 4 juillet, un cours d'opérations sur l'appareil urinaire, par M. Gosset. Le nombre des élèves est fixé à vingt pour chaque cours et le prix à 50 francs. Les élèves procèdent eux-mêmes aux opérations et manipulations. On annonce la création de cours analogues pour l'obstétrique, l'histologie normale et pathologique, la séméiologie.

Hôpitaux de Bordeaux. — M. le Dr Lande, atteint par la limite d'âge, est nommé médecin honoraire des hôpitaux.

M. le Dr Bouvet passe de l'Hospice général à l'hopital Saint-André, en remplacement de M. le Dr Lande.

M. le Dr Auché passe de la section des vieillards de l'Hospice général au service des incurables et au quartier d'isolement dudit hospice, en remplacement de M. Bouvet.

M. le Dr Mesnard passe de l'hôpital Saint-André à l'Hospice général, comme médecin titulaire de la section des vieillards en remplacement de M. le Dr Auché.

M. le Dr Mongour, médecin-adjoint, passe de l'Hospice général (section des incurables) à l'hôpital Saint-André.

M. le Dr Lamacq, médecin-adjoint nouvellement promu, attaché à l'Hospice général (section des vieillards), est chargé, en outre, du service des incurables, comme adjoint de M. le Dr Auché.

Hôpital de Tunis. — Un concours a eu lieu le 1er juin à Tunis pour deux places de médecin titulaire et deux places de médecin-adjoint au nouvel hôpital civil, dont l'ouverture est annoncée pour le mois de novembre prochain.

Ce concours a donné le résultat suivant : MM. les Drs Schoull et Lemanski ont été classés médecins titulaires; MM. les Drs Gamet et Adda ont été classés médecins adjoints.

Le jury était composé de M. le professeur Grasset (de Montpellier), de M. le professeur Hamelin et de M. le professeur agrégé Bosq (de la même Faculté).

Les hôpitaux aux indigents. — M. le directeur de l'Assistance publique, que nous ne saurions trop féliciter, a fait afficher à la consultation gratuite de la Pitié l'avis suivant :

« La consultation est réservée aux malades indigents et nécessiteux. »

Conseil municipal de Paris. — Le médecin des abattoirs de la Villette. — M. John Labusquière a fait récemment au conseil municipal la proposition suivante : Messieurs, le logement attribué, dans l'abattoir de La Villette, au docteur chargé du service médical pour le compte de la société « la Mutualité de la boucherie » à qui le Conseil municipal vote chaque année une subvention de 2,000 francs, est insuffisant et dans des conditions d'hygiène particulièrement déplorables. Le Service vétérinaire protesterait sans doute avec énergie si les bêtes à abattre devait séjourner dans un local aussi malsain, actuellement occupé par un docteur et sa famille.

Les pièces sont d'une exiguïté ridicule ; l'eau de source qui n'y existe pas est abondamment remplacée par celle qui ruisselle le long des murs, les imprègne d'humidité ainsi que les meubles, les vêtements et les locataires qui, cependant, — sauf pour certaines personnes spécialement sensibles et qui ne s'attachent qu'à la protection des animaux, — sont très intéressants.

Il est à remarquer que le service médical rend de grands services au personnel de l'abattoir, en raison des accidents fréquents qui s'y produisent et dont certains pourraient entraîner des suites fâcheuses s'ils n'étaient l'objet d'un pansement immédiat et de soins intelligents. En réalité, l'unique médecin de la « Mutualité » a un poste de permanence ; il y aurait même lieu d'étudier l'organisation plus systématique de ce service, dont l'importance se dégage de la statistique des cinq dernières années.

En 1893, 415 personnes occupées dans l'abattoir on été blessées, dont 300 employées par des patrons assurés et 115 par des patrons non assurés. Ces 415 blessés ont été l'objet de 3.241 pansements.

En 1894, il y a eu 606 blessés, dont 310 employés par des patrons assurés et 296 par des patrons non assurés. Ils ont été l'objet de 3.050 pansements.

En 1895, il y a eu 568 blessés, dont 297 employés par des patrons assurés et 271 par des patrons non assurés. Ils ont été l'objet de 2.260 pansements.

En 1896, il y a eu 639 blessés, dont 325 employés par des patrons assurés et 304 par des patrons non assurés. Ils ont été l'objet de 3.235 pansements.

En 1897, il y a eu 726 blessés dont 427 employés par des patrons assurés et 299 par des patrons non assurés. Ils ont été l'objet de 3.580 pansements.

En résumé, durant la dernière période quinquennale il y a eu 2.954 blessés à qui 15.366 pansements ont été appliqués.

Pour ces motifs, j'ai l'honneur de déposer la proposition suivante dont je demande le renvoi à l'Administration :

« Le Conseil,

Délibère :

« L'Administration est invitée :

« 1° A étudier et à présenter d'urgence un projet d'installation dans un local suffisant et hygiénique du docteur chargé du service médical à l'abattoir de La Villette :

« 2° A étudier l'organisation du service médical dans ledit abattoir.

« Signé : John Labusquière. »

Le renvoi à l'Administration est prononcé.

Médecin et pompier. — Par décret, en date du 6 juin 1898, rendu sur la proposition du ministre de l'Intérieur,

M. Iszenard est nommé médecin-sous-aide-major de la compagnie de sapeurs-pompiers de Saint-Denis. Tous nos compliments à notre excellent ami et ancien camarade d'internat pour cette nouvelle dignité.

Association de la Presse médicale francaise. — Le 1er juillet 1898 a eu lieu la 41e réunion de *l'Association de la Presse Médicale*, sous la présidence de M. Cornil. Vingt-cinq personnes y assistaient.

1° Exposition de 1900. — M. le président a fait part des démarches faites par le Bureau de l'Association auprès du Directeur général de l'Exposition de 1900. M. Picard a promis de donner une réponse aussitôt qu'il le pourrait.

2° Club médical de Paris. — M. le Dr Doléris a fait un rapport sommaire sur l'organisation future de ce club et a rappelé qu'on vient d'en fonder un à Berlin, sous la présidence de M. Lassar, à l'exemple de ce qui existe depuis longtemps à Vienne et à Londres.

La discussion a été renvoyée au mois d'octobre. Les futurs statuts seront imprimés et distribués, avant la prochaine réunion, à tous les membres, par l'intermédiaire du bureau.

3° Comptes de 1897. — M. le Trésorier fait approuver les comptes de l'année dernière. Après avoir liquidé l'arriéré (souscription Lafitte, 1.000 fr. ; fêtes russes et réunions diverses, 700 fr.), l'Association possédait en caisse fin 1897 une somme de 550 francs environ. *Le Secrétaire général.*

Marcel Baudouin.

Exposition Internationale de 1900. — Le secrétaire général de l'*Association de la Presse Médicale* avait demandé à M. le Commissaire général de l'Exposition de 1900 :

1° De délivrer, aussitôt que faire se pourrait, des Cartes d'entrée sur les Chantiers de l'Exposition, aux membres de l'Association de la Presse Médicale qui en feraient la demande expresse.

2° De délivrer, dès l'ouverture de l'Exposition de 1900, des Cartes d'entrée à l'Exposition à tous les Membres de cette Association.

3° De vouloir bien réserver à ladite Association un Local spécial dans l'enceinte de l'Exposition, soit au Pavillon de la Presse, soit dans le Palais du Congrès, local où elle pourrait recevoir les Médecins et Savants étrangers.

M. le Commissaire général, par l'entremise de M. Gilles de la Tourette, médecin en chef de l'Exposition, a répondu au Président, M. le Dr Cornil :

1° M. le Secrétaire de l'*Association* enverra au Commissariat général la liste des membres de l'Association. — Ceux d'entre eux qui seraient désireux de visiter les Chantiers voudront bien se rendre au Commissariat, où M. le Secrétaire général leur délivrera un permis de visiter. Munis de ce permis, ils se présenteront à l'un des postes médicaux de l'Exposition, où le médecin en chef mettra à leur disposition un interne pour la visite des Chantiers.

Le permis de visiter ne sera valable que pour la journée.

2° En ce qui concerne les autres questions, il sera répondu lors de l'attribution générale des Cartes d'entrée, l'Exposi-

tion étant ouverte, et lorsque la distribution des locaux du Palais des Congrès aura été faite.

Le Secrétaire général : MARCEL BAUDOUIN.

Mission. — Le Dr Duval, médecin-major au 125e d'infanterie, va être autorisé à suivre les troupes anglaises et égyptiennes, dans leur marche sur Khartoum. Le Dr Duval, qui est chevalier de la Légion d'honneur, a déjà été chargé d'une mission aux Indes anglaises et a suivi la campagne contre les Afridis.

Association française d'urologie. — La troisième session de l'Association française d'urologie se tiendra à Paris, à la Faculté de Médecine, du 20 au 22 octobre 1898, sous la présidence de M. le professeur Guyon.

La question mise à l'ordre du jour est la suivante : *Des infections vésicales.*

Les membres de l'Association qui auraient une communication à faire soit sur cette question, soit sur un autre sujet, sont priés d'en informer le Secrétaire général : M. E. Desnos, 31, rue de Rome.

La clientèle dans le Sud-Africain. — Le Dr Et. Saint-Hilaire a transmis au Syndicat des médecins de la Seine une lettre d'un de ses amis établi au Transvaal, qui contient des renseignements sur la situation médicale dans le Sud-Africain. De jeunes médecins célibataires, connaissant l'anglais, pourraient aller s'établir soit à Lourenço-Marquez (Mozambique), soit au Transvaal, contrée qui, dans certains endroits, est malsaine, mais n'a pas de médecins sérieux.

Le prix des visites est fort élevé : 500 francs pour six ou huit visites dans le mois. Deux médecins français sont attachés au sanatorium de Durban et priment, comme praticiens, tous les médecins d'autre nationalité.

Un médecin italien, mort récemment d'une fièvre pernicieuse, avait pu économiser 225.000 francs en cinq ans.

Le médecin de la Compagnie Transvaalienne du chemin de fer est logé et reçoit 1500 francs par mois, et a, pour visiter sa clientèle, les parcours gratuits, avantage précieux dans un pays où le coût du transport est de 5 francs pour 3 kilomètres.

Au Mozambique, et en particulier à Lourenço-Marquez, où l'on parle français, anglais et portugais, il n'y a que des médecins portugais, qui sont tous syndiqués et prennent des honoraires fort élevés. Une fabrique verse 250 francs par mois au Syndicat pour deux visites qui ne sont pas toujours faites régulièrement.

« De jeunes médecins très sérieux, dit en terminant l'auteur de la lettre, ne craignant pas de s'expatrier, de braver l'isolement de ces pays sauvages et les fièvres à l'état permanent, parlant anglais, auraient, j'en suis moralement convaincu, ds grandes chances de réussite. »

Avis aux amateurs qui n'ont qu'à s'adresser au Dr Et. Saint-Hilaire, 11, avenue de l'Opéra. Notre confrère les mettra en rapport avec son ami du Transvaal.

Chemins de fer de Paris à Lyon et à la Méditerranée. — *Excursions aux Gorges du Tarn par le Bourbonnais.* — Les Compagnies P.-L.-M., Orléans et Midi organisent, avec le concours de l'agence Desroches, des excursions aux Gorges du Tarn, du 23 juillet au 3 août, du 13 au 24 août et du 10 au 21 septembre.

Prix (tous frais compris) : 1re classe, 325 fr. ; 2e classe, 275 fr.

S'adresser pour renseignements et billets, aux bureaux de l'agence Desroches, 21, rue du Faubourg-Montmartre, à Paris.

Nécrologie. — Le Dr DUFAY (Charles), ancien maire de Blois, ancien député, ancien sénateur de Loir-et-Cher, président honoraire de l'Association des médecins de Loir-et-Cher, décédé à Blois, à l'âge de 83 ans. — Le Dr GRANGER, de Charroux (Vienne), ancien médecin de la marine, décédé à l'âge de 61 ans. — Le Dr NIOUGEL, de Listrac de Médoc Gironde). — Le Dr RIGAIL, de Carcassonne, reçu en 1866. — Le Dr DELPECH, médecin du paquebot transatlantique *la Bourgogne*. — Le Dr CHATELAIN, de Nancy, décédé à l'âge de 78 ans. — Le Dr FLANDRE, de Saint-Germain-en-Laye, reçu en 1893.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

— La 3e série du **Cabinet secret de l'Histoire**, que vient de publier le Dr Cabanès, chez l'éditeur Charles, 8, rue Monsieur-le-Prince, n'a pas besoin d'une longue présentation. La notoriété de l'auteur, la légitime autorité qu'il a conquise dans ces matières, où s'exerce, depuis maintes années, son érudition si avertie, suffiraient à assurer le succès de cet ouvrage. Mais cette 3e série présente cet intérêt particulier qu'elle est presque entièrement consacrée (à part trois ou quatre chapitres épisodiques d'une très agréable lecture, du reste) à des personnages qui ont souvent tenté la plume de l'historien ou du biographe, mais qu'avait jusqu'à présent à peu près négligés le physiologiste : J.-J. Rousseau, le triste névropathe, Couthon, le farouche révolutionnaire, Scarron, le joyeux cul-de-jatte, sont disséqués par l'implacable chirurgien, qui met à nu leurs plus secrètes misères, sans nous faire grâce d'un détail.

Ce n'est pas là certes un livre à laisser sur la table de famille, mais c'est un ouvrage fort instructif et d'une lecture bien passionnante. Nous le recommandons plus spécialement aux universitaires, aux historiens et aux médecins, qui en tireront, nous en sommes certain, un large profit.

Traité d'Ophtalmoscopie, par ETIENNE ROLLET, professeur agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien des hôpitaux de Lyon, 1 volume in-8° avec 50 photographies en couleurs et 75 figures dans le texte, cartonné toile, tranches rouges. (Masson et Cie, éditeurs). Prix : 9 francs.

LYMPHATISME, SCROFULE, RACHITISME : Fucoglycine Gressy.

PILULES DE QUASSINE FREMINT
Anorexie. Dyspepsie, Constipation, 1 ou 2 av. chaque repas

MÉNOPAUSE, — MENSTRUATION (Troubles de la). — **Capsules ovariques Vigier.** — *Dose* : 2 à 6 capsules par jour.

Le Gérant : A. CHEVALLEREAU.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame, 52. — *Téléphone.*